

## **ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПНЕВМОНИЙ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ В ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ ГОРОДСКОЙ БОЛЬНИЦЫ**

*Самсонов Н.М., Козловский В.И., Соболев С.М., Довгялло Г.В.,  
Морхат Г.М., Овечкина И.А., Мамчур Е.Р., Раicina Е.С.  
УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов  
медицинский университет»*

**Введение.** С начала 90-х годов прошлого века в странах Восточной Европы, а также в других странах мира отмечается неблагоприятная эпидемическая обстановка по туберкулезу (Hopewell P.C., 1999). Ухудшение эпидемической ситуации с туберкулезом актуально и для Беларуси (Боршевский В.В. и др., 1999).

При этом наблюдается существенный патоморфоз туберкулеза, который характеризуется остроначинающимися и быстро прогрессирующими деструктивными формами и зачастую, множественной устойчивостью к противотуберкулезным препаратам (Гуревич Г.Л., 2000).

Методы диагностики общеприняты, однако в разных странах мира имеют свои приоритеты. Стратегия ВОЗ по выявлению туберкулеза ориентирована

на общую лечебную сеть (ОЛС). В Беларуси стратегия направлена на профилактику туберкулеза с активным использованием флюорографии.

Тем не менее, в настоящее время почти каждый второй случай регистрируемого туберкулеза легких в Беларуси выявляется при обращении в общую лечебную сеть (поликлиника, стационар) (Боршевский В.В., 2001). Таким образом, для ОЛС приоритетным направлением должно быть выявление бациллярных больных. Но самым сложным для врачей общей лечебной сети является дифференциальная диагностика туберкулеза легких и пневмоний, то есть рентгеноположительных изменений в легких и микобактерии туберкулеза «минус» - МБТ (-), или микобактерии «этап обследования» - МБТ (обследование).

**Цель исследования.** Изучить реальные возможности дифференциальной диагностики пневмоний и туберкулеза легких в условиях ОЛС (пульмонологическое отделение городской больницы) с учетом экономических аспектов.

**Материалы и методы.** Ретроспективный анализ историй болезни пациентов с диагностированным туберкулезом легких в 2008 году по данным пульмонологического отделения стационара ВГЦКБ и кафедры факультетской терапии ВГМУ, г. Витебск, Беларусь.

**Результаты и обсуждение.** За 2008 год туберкулез легких был диагностирован у 22-х пациентов, что составило 1,42% от использованных больных. Средний возраст пациентов составил 47,4 года, женщин было 45,5%, мужчин - 55,5%.

Пациенты были направлены поликлиникой - 72,7%, переведены из других стационаров - 9%, доставлены скорой помощью - 4,5%, направлены фельдшерско-акушерским пунктом - 4,5%, тубдиспансером - 4,5%. Диагноз направивших учреждений был: пневмония - 86,4%, цирроз печени - 4,5%, абсцесс легкого - 4,5%, ИБС, фибрилляция предсердий - 4,5%.

Клинические диагнозы в отделении пульмонологии у этих больных были определены следующие: двусторонняя пневмония - у 13,6% пациентов, верхнедолевая локализация пневмонии - у 68,2%, из них справа - 36,4%, слева - 31,8%, нижнедолевая локализация - 13,6%, из них справа - 4,5%, слева - 9,1%.

Сопутствующие заболевания имели место в 63,6% случаев, в том числе заболевания легких (ХОБЛ) - 13,6%. Субъективные жалобы при поступлении пациенты предъявляли в 68,2% случаев. Средняя длительность анамнеза заболевания до настоящего поступления составила 35,9 дня, в 18,2% случаев изменения в легких были выявлены при флюорографическом обследовании во время профосмотров. Жалобы на слабость были у 40,9% пациентов, одышка - 9,1%, продуктивный кашель - 59,1%, гипертермия - у 45,4%, потливость - у 9,1%, отсутствие аппетита - у 4,5%, кровохарканье - 4,5%.

Аускультативные изменения (сухие хрипы, ослабленное дыхание над зоной поражения) - в 22,7% случаев. Рентгенологические изменения в легких различной степени и локализации были выявлены у всех 100% пациентов. Посев мокроты на МБТ (этап обследования) был выполнен у всех пациентов. При бактериоскопии мокроты кислотоустойчивые бактерии (КУБ) выявлены в 13,6% случаев. При других лабораторных исследованиях обнаружено: лейкоцитоз - у 18,2%, ускоренное СОЭ - у 36,4%, патологическая протенинурия - 18,2%, изменения биохимических анализов (АсАТ, АлАТ, мочевины, креатинина) - 31,8%, изменения на ЭКГ - у 22,7% пациентов (нарушения ритма, неспецифические изменения конечной части желудочкового комплекса) - в 99,5%.

случаев осмотр фтизиатра был проведен дважды, в 4,5% - один раз. Фибробронхоскопическое исследование и КТ проводились по необходимости.

Все пациенты получали антибиотики широкого спектра действия (в среднем 13 дней) с последующим осмотром фтизиатра. Заключительные диагнозы при переводе в стационар Витебского областного противотуберкулезного диспансера были очаговый туберкулез легких - 18,2%, диссеминированный - 13,6%, инфильтративный - 68,2%. Средний койко-день при этом составил 13 дней

Полученные результаты полностью согласуются с данными других авторов о формах туберкулеза, группах риска и течении заболевания (Гуревич Г.Л. и др., 2001).

Следует обратить внимание на алгоритм курации врачами ОЛС больных для выявления туберкулеза легких, предложенный Борщевским В.В. и соавт. в 2001 году. В особенности это касается рубрики «выявлены рентгенологические изменения в легких, но МБТ в мокроте не обнаружены или МБТ - этап исследования». С такими ситуациями и встречаются врачи ОЛС. Согласно алгоритму для этой рубрики рекомендовано «назначение антибиотиков широкого спектра действия в течение 10-20 дней с последующим рентгенологическим контролем и консультацией фтизиатра»

Средняя длительность пребывания составила 13 дней (от 7 до 39), а средняя стоимость 1 койко-дня в пульмонологии в 2008 году была 48618 бел. руб. Таким образом, средняя стоимость 13-дневного лечения и дифдиагностики одного пациента обошлась в 632034 бел. руб., а всех 22-х - в 13904748 бел. руб. Огромные расходы, связанные с длительной госпитализацией больных этого профиля указывают на необходимость внедрения максимально быстрых и чувствительных методов идентификации МБТ

#### **Выводы.**

1. Назрела необходимость внедрения современных лабораторных методов экспресс диагностики МБТ.

2. Необходимо постоянное обучение врачебных кадров ОЛС с учетом изменившегося течения туберкулеза на современном этапе и ухудшения эпидемической ситуации в мире

#### **Литература**

1. Борщевский В.В., Трусило В.И., Калечиц О.М., Богомазова А.В. Эпидемиологические аспекты туберкулеза среди населения Беларуси // Сб. научн. работ «Современные проблемы фтизиатрии и пульмонологии». - Гродно. - 1999. - 4.1. - С. 34-41.
2. Hopewell P.C. Global tuberculosis control: global monitoring and surveillance project// Int. J. Tuberc. Lung Dis. - 1999. - Vol.3. - N4. - P.310-320
3. Гуревич Г.Л. Современные подходы к выявлению и лечению остро прогрессирующих форм туберкулеза легких// Медицинская панорама. - 2000. - Т.7. - №3 - С.22-26.
4. Гуревич Г.Л. Внедрение элементов стратегии DOTS в практику здравоохранения Республики Беларусь// Медицинская панорама. - 2005. - Т.56. - №10-С.25-27.
5. Борщевский В.В., Гуревич Г.Л., Калечиц О.М. Совершенствование диагностики туберкулеза легких в общелечебной сети - актуальная проблема современной пульмонологии// Медицинская панорама. - 2001. - Т.15. - №7-С.23-24.